Münster 1935 No 377 Med Dis

Aus der Kinderklinik der Medizinischen Akademie Düsseldorf
(Ehemaliger Direktor: Prof. Dr. Eckstein).

Katamnese über Patienten, die in der Düsseldorfer Kinderklinik von 1907 – 28 wegen Epilepsie und Epilepsieverdacht beobachtet und behandelt wurden

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Würde eines doctor medicinae

durch die

Medizinische Fakultät der Westfälischen Wilhelms-Universität in Münster in Gemeinschaft mit der Medizinischen Akademie in Düsseldorf

Vorgelegt von

Johanna Wolters

aus Stadtlohn i. W.

Buch- und Kunstdruckerei Wilh. Postberg, Bottrop i. W.

1935

Gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Akademie in Düsseldorf und der Medizinischen Falkultät der Westfälischen Wilhelms-Universität in Münster.

gez. Schmidt von Elmendorff
Rektor der Medizinischen Akademie Düsseldorf.

gez. Klinge
Dekan der Medizinischen Fakultät Münster.

gez. Eckstein
1. Berichterstatter.

gez. Vogt
2. Berichterstatter

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

Das Wesen der genuinen Epilepsie ist noch nicht geklärt, wenn auch die Forschungen der neuesten Zeit immer mehr das Dunkel zu lichten versuchen. Man sieht pathologisch-anatomisch bei Sektionen von Epileptikern, die nur kurze Zeit krank gewesen sind, keine wesentlichen Veränderungen des Gehirns, während bei Patienten, die lange Zeit an Epilepsie erkrankt waren, die Autopsie degenerative Prozesse an den Ganglienzellen, perivasculäre Infiltrate, besonders in der Gegend des Ammonshorns, ferner Gliawucherungen in der Großhirnrinde ergibt. Diese Befunde verdanken wir den aufschlußreichen Untersuchungen Spielmeyers. Möglicherweise werden die Veränderungen des Gehirns durch funktionelle Gefäßeinflüsse (Angiospasmen) ausgelöst, die außerdem mit den klinischen Erscheinungen der Epilepsie (Krämpfe und Bewußtseinsverlust) in Zusammenhang zu bringen sind. Vielleicht lassen sich auch die pathologischen Reflexe, die manchmal während des Anfalls oder kurz nachher auftreten, darauf zurückführen. Über die letzten Ursachen des epileptischen Anfalls besteht noch keine völlige Klarheit. Nach dem augenblicklichen Stand der Forschung darf man für bestimmte Formen der idiopathischen (bes. Petit Mal) Epilepsie einen Einfluß von Stoffwechselprodukten annehmen, da eine entsprechende diätetische Beeinflussung des Stoffwechsels einen günstigen Einfluß ergab. Man gibt nach Petermann eine Ketondiät: drei Monate hindurch pro die 15 gr Kohlehydrate und 1—5 g Eiweiß pro kg Körpergewicht. Der Rest der nötigen Nahrungsmengen besteht aus Fetten. Nach Aufhören der Krampfanfälle wird allmählich das Fett aus der Nahrung fortgenommen, bis nach etwa 2 Jahren wieder normale Kost gereicht werden kann. Es ist durch diese Umstellung des Stoffwechsels möglich, die Patienten längere Zeit hindurch anfallsfrei zu machen.

Eine Sonderstellung nimmt die traumatische Epilepsie ein, die durch Traumen aller Art, Geburts- und Unfallverletzungen entsteht. Weiterhin ist die Epilepsie abzutrennen, die im Anschluß an infektiöse Erkrankungen des Zentralnervensystems (Encephalitis) entsteht, deren Anfälle als epileptiform zu bezeichnen sind.

Die genuine Epilepsie ist hauptsächlich gekennzeichnet durch 4—5 Minuten dauernde Anfälle, die mit tonisch-klonischen Krämpfen, Pupillenstarre, Bewußtseinsverlust und Amnesie einhergehen. Als „petit Mal" bezeichnet man das epileptische Äquivalent, das nur aus

kurzen Absencen oder Augenblickszuckungen mit oder ohne vollständige Bewußtlosigkeit besteht und dieselben Folgen wie die großen Anfälle nach sich zieht. Bei einigen Patienten besteht eine Aura, die als ein Vorbote (z. B. auf gastro-intestinalem Gebiet) des Krampfanfalles auftritt. Die Ursache derselben ist nicht sichergestellt. Der Terminalschlaf, der in den meisten Fällen auftritt, ist ein Zeichen der Erschöpfung.

Sowohl bei der traumatischen als auch bei der durch Encephalitis hervorgerufenen Rinden-Epilepsie hängt die Art der zuerst auftretenden Krämpfe evtl. vom Sitz des chronischen Reizes von einer Narbe oder vom chronisch gewordenen Entzündungsherd, wenn letzterer nicht zu ausgedehnt war, ab. Manchmal kann man, besonders bei der traumatischen Epilepsie, das krampfauslösende Zentrum daran erkennen und mit Erfolg operativ angehen. Es krampft z. B. nur ein Finger, dann der Arm, dann die ganze Seite (Typ Jackson). Nach langdauernder Erkrankung ist die Art der Epilepsie, ob genuin, ob traumatisch, nur noch anamnestisch zu erkennen. Die Krämpfe haben sich generalisiert, sich über den ganzen Körper ausgebreitet.

Ein weiteres Merkmal der Epilepsie ist die mit der Fortdauer des Leidens meist einhergehende, bald mehr, bald weniger deutlich werdende Verblödung und Verlangsamung der Handlungen, die Veränderung der Psyche. Nach Heinrich Vogt sollen Kinder dabei besonders leicht zu starken psychisch motorischen Reaktionen und kriminellen Handlungen bereit sein.

Die Epilepsie wird wohl allgemein als eine Degenerationskrankheit aufgefaßt. Denn gerade die Familien, bei denen Keimschädigungen, sei es durch Inzucht, Lues, chronische Vergiftungen (Blei-, Alkoholmißbrauch) angenommen wird, sollen besonders viele Epileptiker aufweisen. Dieser Entstehung als Keimschädigung wird auch Rechnung getragen durch das Sterilisierungsgesetz vom 14. Juli 1933, § 1, Abs. (2) 4, Abs. (3).

Bei manchen Erkrankungen im Kindesalter findet man nicht selten Krampfzustände, die als epileptische bzw. epileptiforme Krämpfe bezeichnet werden. So sei z. B. an die „funktionellen Krampfzustände (bei Cystitis, rechter Oberlappenpneumonie) ferner die als „Initialkrämpfe" bei Infektionskrankheiten und „Terminalkrämpfe" bei Intoxikationen beobachteten Zustände erinnert. Wichtig ist fernerhin die als Folge einer Stoffwechselstörung bekannte Spasmophilie, die zum Symptomenbild der Eklampsie führen kann. Man unterscheidet sie von der echten Epilepsie ebenso wie die Spättetanie durch die mechanische und elektrische Übererregbarkeit, sowie durch die für dieses Krankheitsbild charakteristischen Stoffwechselveränderungen.

Auch psychogene Krämpfe (Affekt-, Wutkrämpfe) sind differentialdiagnostisch zu erwägen. Als Letztes seien Folgen angeborener Zustände: Mißbildungen des Gehirns, Idiotie, Hydrocephalus, Störungen im Aufbau der Rindenschicht usw. zu nennen, die ebenfalls mit epileptiformen Erscheinungen einhergehen können. Von besonderer Bedeutung sind ferner die sogenannten „kleineren gehäuften Anfälle" bei Kindern, die vielfach unter den Erscheinungen einer echten Epilepsie verlaufen, deren Prognose aber in jeder Beziehung (Heilung, Intelligenz usw.) gut ist.

Ich habe nun versucht, Katamnesen bei Patienten mit Krampfzuständen zu erheben, die in der Düsseldorfer Kinderklinik beobachtet wurden. Dabei wurden neben den ungeklärten Krampfzuständen auch die Fälle von sogenannter Epilepsie einer Nachforschung unterzogen. Es standen mir dabei an Hand der Krankengeschichten von 1907—28 120 Fälle zur Verfügung.

Die Nachuntersuchung habe ich in folgender Weise angestellt. Ich habe die Eltern der Patienten gebeten, einen Bogen auszufüllen, der folgende Fragen enthielt:

1. Haben sich die Krämpfe (Anfälle) bei Ihrem Kinde wiederholt?
2. Wie oft, bis zu welchem Jahr?
3. Wie hat es sich geistig und körperlich entwickelt?
4. Wie geht es ihm jetzt?

Von den Untersuchten zählen jetzt

16 über 20 Lebensjahre,
11 „ 16 „ ,
32 weniger als 16 Jahre.

Diese Einteilung dürfte, besonders bei der genuinen Epilepsie, zweckmäßig sein, da die Patienten über 20 Jahre wegen des langen Intervalls zwischen der ersten Untersuchung und der Nachuntersuchung sowie wegen des Überstehens der Pubertät besonders wichtige Schlüsse erlauben. Die Patienten über 16 Jahre habe ich weiterhin abgetrennt, weil auch diese für die Nachforschung noch relativ weit zurückliegen, während die Patienten unter 16 Jahre, soweit sie nicht früh verstarben, für eine Beurteilung weniger wertvoll erscheinen.

Wir beginnen mit den Patienten über 20 Jahre. Von diesen 16 Patienten sind 5 sichere Epileptiker, was sowohl durch die damalige klinische Untersuchung als auch durch die Nachfrage bestätigt wurde. Und zwar handelt es sich nach vorliegenden Ausführungen wahrscheinlich um eine genuine Epilepsie. 2 weitere Fälle, bei

denen keine Diagnose gestellt wurde, konnten nachträglich als solche erkannt werden. Ich führe sie kurz an.

Die Tochter eines Rangiermeisters fiel mit 1½ Jahren von einer 0,80 cm hohen Fensterbank ins Zimmer. Nach 8 Tagen traten zuerst nur kleine Anfälle auf „ein kurzes Augenverdrehen". Im 12. Lebensjahr kamen Krämpfe hinzu. In der Klinik wurden Sekunden dauernde Anfälle von Reglosigkeit und Pupillenstarre beobachtet. Keine Krämpfe. PS-Reflexe und Achillessehnenreflexe waren gesteigert. Facialis- und Peroneusphänomen konnte man auslösen. Das sonst körperlich gesunde Kind war geistig etwas zurück. Das jetzt 23jährige Mädchen hat immer noch Anfälle, alle 4 Wochen bis zu 10. Die körperliche Entwicklung ist gut, die geistige sehr mäßig. Das Kind hatte 1½ Jahre Privatunterricht. Interessant ist, daß bei der klinischen Untersuchung eigentlich die der Spasmophilie zugehörigen Überregbarkeitreflexe nachgewiesen wurden, die G ö t t aber auch als bei der genuinen Epilepsie vorhanden beschreibt.

Wegen des kurzen Zeitraums zwischen Unglücksfall und erstem Anfall ist es nicht wahrscheinlich, daß eine traumatische Epilepsie vorliegt. Vielmehr ist anzunehmen, daß der kleine Unfall im erstmaligen Auftreten der Krankheit geschah.

Die zweite Patientin, die bei der klinischen Untersuchung 12jährige Tochter eines Arbeiters, hatte seit einem Jahr Anfälle. Sie wurde ohnmächtig, fiel hin und ballte die Hände zur Faust. Das geschah wöchentlich einmal und dauerte 10 Minuten. Im Krankenhaus wurde nur festgestellt, daß das Kind geistig unterentwickelt war, sonst war nichts Pathologisches zu entdecken. Die Anfälle haben sich lt. Antwortbogen nicht gebessert. Die Kranke befindet sich in einer Anstalt. Aus dem Gesagten geht die Diagnose wohl ohne weiteres hervor.

Bei den folgenden 2 Patienten ist eine Epilepsie-Erkrankung nicht ganz zu verneinen. Es folgt die kurze Beschreibung:

Bei einer Landwirtstochter ist aus der Familienanamnese Nervosität der Mutter zu bemerken. Das Mädchen hat zweimal „Zahnkrämpfe" gehabt. Im 15. Lebensjahr bekommt sie plötzlich, nachdem sie am Tage vorher zu einem anstrengenden Festspiele gelernt hatte und gescholten worden war, Krämpfe. Diese wiederholen sich meist 8 Tage nach starken Menses. Die Patientin gibt an, daß sie vorher Kopfschmerzen und Übelbefinden verspüre. Die Anfälle gehen einher mit Schreien und tonisch-klonischen Krämpfen. Das Kind soll sich auch dabei das Gesicht verletzt haben. In der Klinik beobachtete man 1921 nichts Pathologisches, auch keine Anfälle. Die Patientin hat einige Narben, die aber nicht von Krämpfen herrührend verzeichnet sind. Man stellt keine Diagnose. Die Anfälle wiederholen sich bis

zum 24. Lebensjahr. Die Patientin ist jetzt 3 Jahre anfallsfrei und körperlich und geistig normal entwickelt. Abschließendes kann man über diesen Fall nicht sagen.

In der Anamnese eines jetzt 25jährigen Schneidersohnes werden keine typisch epileptischen Anfälle beschrieben. Die Anfälle begannen im 10. Lebensjahr mit Ohnmachten und Zittern. Kein Einnässen, kein Schaum vor dem Mund, kein Gedächtnisschwund! Sofort nachher fühlt das Kind sich wieder frisch. Ärztlicherseits wurde nichts Krankhaftes entdeckt. Man beobachtete auch keine Anfälle. Diese ließen bis jetzt nicht nach. Sie sind tags mit Lubrocal meist unterdrückbar, nachts nicht. Sie sind unabhängig von Aufregungen. In letzter Zeit soll das Erinnerungsvermögen etwas nachgelassen haben. Der junge Mann ist intelligent (er besuchte die Oberrealschule bis Obersekunda mit guten Zeugnissen, beteiligt sich augenblicklich an einem kaufmännischen Kursus mit gutem Erfolg). Bei dem Patienten kann man die Möglichkeit einer Epilepsie nicht ausschließen, wenn man sich auch des Eindrucks einer stark psychischen Komponente nicht erwehren kann. Gegen Friedmann'sche kleine Anfälle, die harmloser Natur sind und nicht über das 10. Lebensjahr hinausdauern (Eckstein), spricht die lange Dauer der Erkrankung selbst über die Reifezeit hinaus. Für Epilepsie läßt sich die Unabhängigkeit der Anfälle von Aufregungen geltend machen, deren Auftreten auch nachts, ferner das in letzter Zeit nachlassende (?) Erinnerungsvermögen. Dagegen, wenn auch nicht absolut, sprechen die gute Intelligenz des Patienten und die immerhin 2jährige Wirkung einer Suggestivbehandlung. Geklärt ist auch dieser Fall nicht.

11 der Patienten sind über 16 Jahre alt. Davon haben 3 eine genuine Epilepsie, deren Diagnose sowohl durch die Klinik bei der ersten Untersuchung als auch durch den weiteren Verlauf des Leidens gesichert ist.

Von den 32 unter 16 Jahren alten Patienten leiden 13 an genuiner Epilepsie. Davon wurden nach der ersten klinischen Beobachtung 12 mit der sicheren oder wahrscheinlichen Diagnose entlassen. Den nicht entschiedenen Fall möchte ich kurz beschreiben. Er ging unter der Diagnose: Affektkrämpfe (?) (Absencen?). Keine Charakterveränderung wie bei Epilepsie!

Ein damals 10jähriger Knabe, Sohn eines Angestellten, soll in der Schule einen nicht näher beschriebenen epileptischen Anfall gehabt haben. Er zeigt in der Klinik außer einer leichten Bronchitis körperlich nichts Pathologisches. Psychisch ist eine gewisse Labilität vorhanden. Die Krankenschwester beobachtet eine Absence: das Kind ist für einige Sekunden geistesabwesend, zittert, hat starre Augen und weiß nachher vom Anfall. Hyperventilation konnte keinen

Anfall hervorrufen. Es wird jetzt festgestellt, daß die Anfälle (ob auch Krämpfe vorhanden waren, konnte nicht in Erfahrung gebracht werden) sich in Abständen von 6—8 Wochen wiederholen und daß das jetzt 14jährige Kind schwächlich, aber gut entwickelt ist. Geistig ist es etwas zurückgeblieben. Letzteres ist wohl maßgebend, den Fall als Epilepsie anzusehen. Ob es sich nur um ein Petit Mal handelt, kann man nicht angeben.

Bei einem weiteren Patienten hat man starke Anhaltspunkte, ihn für einen Epileptiker zu halten. Der 3jährige Sohn eines Angestellten wurde 1926 von der Ambulanz, wo man einen Anfall sah, zur Beobachtung hereingeschickt. Die Anamnese gibt Krämpfe an, die seit Februar 1924 am ganzen Körper, namentlich an Händen und Füßen, auftraten. In der Klinik erwies sich der Knabe als durchaus gesund. Man konnte Epilepsie bei ihm nicht sicher nachweisen. Der Vater, der einen stark nervösen Eindruck machte, brachte den jetzt 10jährigen zur Nachuntersuchung. Er sagte, das Kind habe nur nachts Krämpfe. Zweimal hätte er sie beobachtet. Der Knabe sah etwas blaß aus. Irgendwelche Besonderheiten des Nervensystems fielen nicht auf. In der Schule soll der Knabe gut mitkommen. Mir war eine gewisse Langsamkeit in den Bewegungen und Handlungen des Kindes auffällig.

Ich komme jetzt zur Nachuntersuchung der Fälle mit traumatischer Epilepsie.

Bei den ältesten Patienten liegt ein Sonderfall vor, bei dem es allerdings wahrscheinlich ist, daß es kein echter Fall von traumatischer Epilepsie ist, sondern mehr oder weniger zufällig in diesem bestimmten Zusammenhang erscheint, da in der Klinik ein sicherer Hydrocephalus internus festgestellt wurde. Ob dies lediglich ein Nebenbefund bei genuiner Epilepsie ist oder auf die Ursache des Leidens als irgendeinem meningoencephalen Prozeß hinweist, muß dahingestellt bleiben. Hat die Narkose irgendetwas mit der Entstehung der Erkrankung zu tun? Man darf bis zu einem gewissen Grade an diese Möglichkeit denken, da nach K r ä e p e l i n bei dazu veranlagten Menschen bei besonderem Schreck Epilepsie aufgetreten sein soll.

Ein jetzt 21jähriger Patient erkrankte im Alter von 2 Jahren 14 Tage nach einer vorgenommenen Phimoseoperation. Erbliche Belastung besteht beim Patienten nicht. Der Vater hat genaue Aufzeichnungen über den Verlauf des Leidens bei seinem Kinde gemacht. Ich bringe einen kurzen Auszug daraus: „mein Sohn rührte mit einem Löffelchen Kaffee um, plötzlich ging ein Zittern durch seinen Körper, so daß er den Löffel losließ. Das Zittern dauerte höchstens 1—2 Sekunden, ärztliche Hilfe wurde sofort in Anspruch genommen. Die verordneten Seesalzbäder wirkten nicht. Nachts traten die

Zuckungen erst im Liegen in längeren Abständen ein, dann folgten sie in kürzeren Zeitabschnitten. Hierbei richtete ich das Kind bis zu sitzender Stellung auf, die Arme waren nach vorn gestreckt, die Finger krallenförmig gebogen, die Pupille groß und starr, und ein krampfhaftes Strecken ging durch den ganzen Körper von kurzer Dauer. Das Kind legte sich dann wieder hin und schlief weiter. Im Oktober 1919 traten zum ersten Mal Krampfanfälle auf. Diese wiederholten sich vor und auch während des Schlafes öfters, meistens von 4 Uhr morgens ab. Die bisherigen Zuckungen bleiben bestehen. Der Schulbesuch war wegen der nächtlichen Zuckungen und Krämpfe sehr unregelmäßig. Seit 2 Jahren besucht das Kind wegen großer Schlafsucht keine Schule mehr. Etwa 1½ Jahre hat es ununterbrochen von einem bis zum anderen Abend geschlafen. Es war höchstens täglich 2 Stunden wach, um Nahrung zu sich zu nehmen. Die nächtlichen Krämpfe verlaufen folgendermaßen: Das Kind richtet sich im Schlafe auf. Die Augen sind offen, die Pupillen groß und oft sind die Augäpfel nach oben gedreht. Die Arme sind krampfhaft nach vorn gestreckt, die Finger krallenförmig gebogen. Manchmal ist der Daumen eingekniffen, der Mund geöffnet. Ein gurgelnder Laut wird hörbar. Ein Zucken geht durch den ganzen Körper. Nach und nach schließt sich der Mund. Die Kiefer ruhen fest aufeinander. Eine Muskelstarre befällt den ganzen Körper, und die in der Brust angesammelte Luft wird ruckweise schnaubend durch die Nase entfernt. Mitunter ist glasiger Schleim vor dem Mund. Der Anfall selbst dauert in der Regel 1 Minute, die Muskelstarre 20—30 Min. Während dieser Zeit ist das Kind der Sprache beraubt. Das Kind kratzt sich oft am Hinterkopf und hält ihn auch im Schlaf oft unbewußt fest."

Die Behandlung war eine vielseitige: eine medikamentöse mit Sedrobol, Luminal, eine elektrische mit den einschlägigen Apparaten, eine mechanische durch Massage und eine psychische durch Suggestion und Hypnose. Nach einer sechswöchentlichen hypnotischen Behandlung blieb jeder krankhafte Befund aus. Nach dieser Zeit stellten sich die Anfälle wieder ein, und der behandelnde Arzt verzichtete auf eine weitere Behandlung, da die Besserungsaussichten nur vorübergehend seien. Die Krämpfe traten nur nachts auf. 1925 kam der Patient zur Beobachtung in die Kinderklinik. Hier beobachtete man 2 typische epileptische Anfälle. Von einem Zungenbiß war bei dem Patienten eine Narbe zu sehen. An dem Organ war kein pathologischer Befund zu erheben. Die Untersuchung des Nervensystems ergab rechts positiven Oppenheim. Babinski war negativ. Bauchdecken-, Patellar- und Achillessehnenreflexe waren vorhanden. Der Liquor war normal. Encephalographie ergab Hydrocephalus internus. Die Intelligenz des Kindes war dem Alter entsprechend.

„Es benahm sich manchmal etwas ungeniert und quenglich." Die Diagnose stand fest. 1926 war der Patient bei Prof. Boden und im Anschluß daran bei Prof. Sioli in Grafenberg. Juli 1926 ging das Kind nach Bethel. Es soll dort nur 3 Anfälle gehabt haben, und ist seitdem nicht mehr krank gewesen. 1927 hörten die Krämpfe auf. Es fiel dem Knaben auf, daß er alles was vorher war, vergessen hatte. Nachher stellte sich das Erinnerungsvermögen wieder ein. Der Patient besucht seit 1½ Jahren die höhere Handelsschule. Seine Zeugnisse, die zuerst wohl wegen seiner lückenhaften Allgemeinkenntnisse ziemlich oft „mangelhaft" aufwiesen, haben sich sehr gebessert. Im letzten ist nur noch einmal mangelhaft verzeichnet.

Die Nachprüfung 1932 ergab keine pathologischen Reflexe. Der PS-Reflex war sehr lebhaft. Auch sonst war der junge Mann körperlich gesund.

Ob der sicher festgestellte Hydrocephalus internus schon vor der Operation vorhanden war, kann nicht gesagt werden. Darum bleibt die Frage, ob die Narkose zum Auftreten der Krämpfe Veranlassung gegeben hat, offen. Es muß dahingestellt bleiben, ob die Heilung des Patienten eine dauernde ist. Zur endgültigen Beurteilung ist ein 5jähriges Freisein von Anfällen zu kurz.

Einer der Patienten über 16 Jahre litt an traumatischer, und zwar typischer Jacksonscher Epilepsie. 1½ Jahre nach einem Unglücksfall, von dem bei dem Knaben eine Narbe an der rechten Stirnseite zu sehen war, zeigten sich Anfälle, die zuerst nur aus Übelkeit, Erblassen und Erbrechen bestanden. Später trat tonischer Krampf der linken Extremitäten unter Beugestellung auf. Das Kind konnte sich dunkel auf den Anfall besinnen. In der Klinik beobachtete man auch in den rechten Extremitäten kurzdauernden Krampf. Die Pupillen reagierten beim Anfall nicht. Das Kind schlief hinterher und wußte vom Anfall nichts. Hinterher schleppte es das linke Bein nach. Trotz einer vorgenommenen Operation besserte sich das Leiden beim Patienten nicht. Er starb mit 18 Jahren in Bethel an einer Lungenentzündung.

Die folgende Kranke, ein Mädchen von 3 Jahren, Tochter eines Anstreichers, leidet an den Folgen einer Masernencephalitis. Sie erkrankte 6 Wochen vor der Einlieferung in die Klinik 1913 mit Halsentzündung, Fieber und Krämpfen. Nach 6 Tagen traten Masern auf, die 3 Tage anhielten. Hinzu traten 14 Tage lang Krämpfe, die darauf 14 Tage nur nachts kamen. Zuletzt bestanden auch wieder tags Anfälle. Während dieser Zeit lief das Kind nicht mehr so gut. Der linke Arm hing zeitweise schlaff herab. Die Sprache war schlechter. In der Klinik sah man bei dem sonst gesunden, auch intelligenten Kinde sehr lebhafte Sehnenreflexe. Trousseau war beiderseits

positiv. Beim Gehen waren deutlich Spasmen und Ataxie im linken Arm und Bein vorhanden. Das Kind faßte Gegenstände nur mit den Handballen. Beim Waschen und Schlafen traten häufig Anfälle auf. Klonische Zuckungen und tonischer Krampf. Strabismus internus, Pupillenstarre, Einnässen. Manchmal Terminalschlaf! Man stellte die Diagnose Epilepsie. Nach salzfreier Kost trat im Krankenhaus kein Anfall mehr auf.

Bis zum achten Lebensjahr wiederholten sich die Krämpfe 6mal. Von da ab ging es dem Mädchen körperlich und geistig sehr gut, bis es mit 18 Jahren an den Folgen einer Appendicitis starb. Leider konnte ich nicht erfahren, ob die Spasmen noch vorhanden gewesen sind.

Man sah in der Klinik den bereits chronischen Folgezustand der Krankheit. Die Patientin hatte auch im Prodromalstadium Krämpfe, was nach Fr. von Groer selten sein soll. Ob hier eine vollständige Ausheilung oder nur ein Aussetzen der Krämpfe erfolgte, kann man wegen des frühen Todes des Mädchens nicht entscheiden.

Bei dem folgenden Kranken ist mir die Ursache des Leidens nicht ganz erklärlich. Es handelt sich um den 16jährigen Sohn eines Offiziers, in dessen Familie Geisteskrankheiten vorgekommen sein sollen. Das Kind bekam plötzlich mit 2½ Jahren einen Krampfanfall. Nach 14 Tagen häuften sich diese bis zu 10mal nachts. Es trat dabei Bewußtseinsverlust ein. Von Fieber ist nichts erwähnt. Nach Bromgaben und Einschränkung der Milch verloren sich die Beschwerden. 1½ Jahr danach hatte das Kind mit Würmern zu tun, mit Schmerzen in der Magengegend und Obstipation. Es gingen 80 Spulwürmer ab. Der Patient hatte kein Erbrechen. Der Arzt lieferte den 7jährigen Knaben wegen Epilepsieverdacht in die Klinik und berichtete dabei, daß die Mutter die Krämpfe des Kindes immer mit den Leibschmerzen in Zusammenhang brächte. Außer einer Obstipation, geringen Trommelschlägelfingern und einer mäßigen Imbecillitas wurde während der Beobachtung nichts Pathologisches gefunden. Das Nervensystem war frei.

Die Mutter schreibt jetzt, daß der Patient bis zum 14. Lebensjahr nur „Ersatzanfälle" gehabt hätte. Zuerst selten, dann öfters. Danach wären wieder regelmäßig Krämpfe gekommen. Etwa alle 7—10 Tage. Sie würden immer heftiger und häufiger. Das Kind sei in einer Anstalt. Geistig stände es auf der Stufe eines 9—12jährigen Kindes. An der Diagnose Epilepsie ist nach allem nicht zu zweifeln. Sie für Postencephalitis zu halten, glaube ich mich nach einer Bemerkung der Mutter berechtigt, die sagt: „Daß die linke Hüfte des Kindes nicht entwickelt, und das linke Bein etwas kürzer geblieben sei." Davon ist im Krankenbericht noch nichts erwähnt. „Extremi-

täten frei“ ist dort bemerkt. Das Kind hat jedenfalls 1918 eine Encephalitis durchgemacht, deren Folgezustände Krämpfe und eine spastische Parese (?) sind.

Von den jüngeren Patienten erkrankten 11 von 32 Kindern und zwar aller Wahrscheinlichkeit nach 2 wegen organischer Mißbildung.

Die Klinik hatte 1923 einen Fall von Mikrocephalie-Idiotie mit Krämpfen, die sie auf die wahrscheinliche mangelhafte Gehirnentwicklung zurückführt. Der Knabe, Sohn eines Straßenbahnführers, ist im 5. Lebensjahr an einer Lungenentzündung gestorben, nachdem er immer täglich mehrmals Krämpfe gehabt hatte.

Der zweite ist der Sohn eines Lehrers, dessen Vater an Epilepsie gelitten hat. Ein Vetter der Mutter war mit der gleichen Krankheit behaftet. Das Kind zählt bei der Einlieferung 8 Monate. Es soll seit Geburt viel schreien. Ab und zu seien kurze Zuckungen durch den Körper des Kindes gegangen. Es soll immer völlig interesselos dagelegen haben. Seit einiger Zeit seien die Anfälle häufiger geworden.

In der Klinik beobachtete man kurzes Zucken der Arme. Die Hände sind dabei in Pfötchenstellung. Das Gesicht ist mäßig cyanotisch. Es besteht starker Stridor. — Der Schädel des Kindes ist auffallend groß, die linke Pupille steht höher als die rechte.

Der Knabe ist mit 11 Jahren gestorben. Geistig und körperlich ist er krank geblieben.

Allem Anschein nach handelt es sich auch hier um durch organische Unterentwicklung bedingte Krämpfe. Evtl. kommt noch eine in utero durchgemachte Encephalitis in Frage.

Es folgen 5 Fälle, bei denen wahrscheinlich ein Geburtstrauma die Ursache des Leidens ist.

Ein Handwerker kommt mit seinem 2 Monate alten Kinde herein, weil dieses seit 3 Tagen Krämpfe habe und zwar zuerst am ganzen Körper, dann linksseitig. Es verdrehe dabei die Augen und bohre den Kopf in die Kissen. Erbrechen bestände nicht. Die Geburt sei normal verlaufen.

Man machte eine zweimalige Lumbalpunktion. Bei der ersten zeigte sich eine ziemliche Druckerhöhung. Bei der nachfolgenden fanden sich im sonst klaren Liquor einige Lymphocyten und Erythrocyten. Man sah leichte Ptosis des Augenlides. Die Pupillen reagierten prompt. Nackensteifigkeit war nicht vorhanden. Das Kind war völlig interesselos. Man beobachtete tonisch-klonische Krämpfe aller Extremitäten. Das Kind stieß dabei heisere Schreie aus. Nachher

zuckten die Finger noch eine Zeit lang. Es wurde die Diagnose „klonische Krämpfe“ gestellt. Das Kind starb mit 3 Jahren an allgemeiner Schwäche.

Ein 8 Monatskind, der Sohn eines Arbeiters, liegt in der Klinik wegen Lebensschwäche. Die Geburt geschah in Steißlage. Der Patient machte eine gonorrhoische Infektion des rechten Auges und eine Nasopharyngitis durch. In der 7. Woche treten linksseitige klonische Krämpfe auf und rechtsseitige Facialislähmung. Der Druck des Liquors ist erhöht, die Pandy-Reaktion schwach positiv. Man nimmt Krämpfe wahrscheinlich infolge eines Geburtstraumas an.

Bis zum 6. Lebensmonat wiederholten sich bei dem Kinde die Anfälle zweimal, dann nicht mehr. Der jetzt 5jährige Knabe ist geistig gut, körperlich mäßig entwickelt. Näheres über eine evtl. vorhandene spastische Parese konnte ich nicht in Erfahrung bringen. Nach dem ganzen Krankheitsbild zu urteilen, hat hier eine von Little erstmalig beschriebene Halbseitenlähmung infolge Blutungen während oder kurz nach der Geburt vorgelegen. Obgleich der Patient über 4 Jahre anfallsfrei ist, kann man sich über eine evtl. vollkommene Heilung nicht sicher sein.

Der Sohn eines Kraftwagenführers hatte im ersten Lebensjahr Krämpfe. Der genaue Zeitpunkt ist nicht angegeben. Diese Krämpfe wurden häufiger, als das Kind 3 Jahre alt war. Dabei war das Bewußtsein oft erhalten. Monatelang setzten die Anfälle aus, um dann gehäuft wiederzukommen. Aus der Familienanamnese ist zu bemerken, daß die Mutter bis zum 5. Lebensjahr an Krämpfen litt, und daß der Vater während des Feldzuges Krämpfe hatte.

In der Klinik beobachtete man klonische Krämpfe, dabei Schaum vor dem Mund und reaktionslose Pupillen, hinterher Schlaf! Beim Gehen taumelte der Knabe nach rechts. Eine Lumbalpunktion gelang wegen Unruhe des Patienten nicht. Die Reflexe waren normal. Das Kind benahm sich psychisch unauffällig. Geistig war es leicht zurück. Man diagnostizierte epileptiforme Krämpfe.

Allem Anschein nach liegen auch hier Schädigungen infolge einer Geburtsverletzung vor. Das Taumeln des Patienten nach rechts läßt auf eine Geburtsblutung in dem Bereich des Kleinhirns schließen.

Nachfolgend ein Fall von Diplegie infolge Geburtstraumas. Der 4jährige Sohn eines Fabrikarbeiters, dessen Vater Trinker war, hat mit 4 Wochen Krämpfe durchgemacht, die nicht näher beschrieben werden. Seit 2 Jahren treten diese erneut auf. Sie dauern 10 Minuten. Dabei beißt das Kind sich auf die Zunge, Schaum steht vor dem Mund, Stuhl geht unwillkürlich ab. Der Patient spricht

schlecht und wenig. Im Krankenhaus bestätigen sich die Aussagen der Eltern. Die PS-Reflexe sind gesteigert. Babinski und Oppenheim sind positiv. An den Armen beobachtet man choreatische Zuckungen. Im Liquor ist der Zuckergehalt schwach erhöht. Im Augenhintergrund sieht man unscharfe Papillen und starke Schlängelung der Gefäße. Das Kind ist unruhig und blöde. Es gibt nur unartikulierte Laute von sich. Die Diagnose lautet: Organische Epilepsie, Idiotie.

Die Krämpfe treten beim Patienten weiterhin monatlich auf. Die Glieder des Kindes werden immer steifer. Die geistige Entwicklung geht mehr und mehr bergab. Es stirbt mit 8½ Jahren in einer Anstalt.

Bei dem letzten Patienten scheint im 3. Lebensmonat eine Paraplegie aufgetreten zu sein. Es ist die Tochter eines Angestellten, die damals bis zu 9mal täglich Krämpfe erlitt. Erst 1925, als das Mädchen 4 Jahre alt war, kamen die Anfälle wieder, als „Steifungskrämpfe" angegeben. Die Klinik fand positiven Babinski und gesteigerte Sehnenreflexe. Ferner leichten Dermographismus. Die klinische Diagnose war „Affektkrämpfe, Neuropathie".

Das Kind entwickelte sich körperlich sehr gut, geistig weniger. Es besuchte die Hilfsschule mit negativem Erfolg und war einige Zeit in einer Anstalt. Die Krämpfe blieben. Daneben traten kleine Schwindelanfälle auf. Der Vater schreibt, daß „bei dem Kinde das Gehen sehr beschwerlich sei". Letzteres leitete zur nachträglichen obigen Diagnose. Allerdings könnte man ebensogut an eine durchgemachte Encephalitis denken.

Es folgen jetzt die Patienten unter 16 Jahren, die eine Residualepilepsie nach durchgemachter Encephalitis zeigen.

Bei 2 Patienten läßt der Folgezustand auf eine stattgehabte Polioencephalitis schließen.

Ein 15 Monate alter Säugling, dessen Vater ein Beamter ist, wird in allgemeinem Krampfzustand mit 38,5° Fieber in die Klinik gebracht. Die Eltern erzählen, daß vor 8 Tagen eine Pflegerin an Encephalitis erkrankt sei, und daß beim Kinde morgens beim Zurechtmachen rechtsseitige Krämpfe aufgetreten seien. Bei der Untersuchung fand man am rechten Thorax und Arm Reste eines Hautausschlages der „wie ein Impetigo im Abheilen aussah" und zuerst aus wasserhellen Bläschen bestanden haben soll. Brudzinski war stark positiv, die Sensibilität am Unterschenkel vielleicht etwas herabgesetzt, Motilität o. B., Liquor o. B. Die Ursache der Krämpfe konnte man nicht klären.

Die Eltern sind jetzt mit dem 6jährigen Kinde zur Nachuntersuchung in die Klinik gekommen, die folgendes feststellt: Zuerst

wiederholten sich bei dem Knaben die Krämpfe im Abstande eines Monats. Allmählich traten sie nur noch halbjährig auf. Aufregungen (z B. eine Untersuchung) sollen darauf einen gewissen Einfluß ausüben. Die Stimmung des Kindes ist gut. Es ist leicht erziehbar und geistig ebenso regsam wie sein Zwillingsgeschwister. Es spricht deutlich, nur nach Krämpfen liegt eine gewisse Hemmung vor. Die rechte Hand, die sich in leichter Klauenstellung befindet, macht athetotische Bewegungen, dazu treten Mitbewegungen des linken Fußes. Die Untersuchung des Nervensystems ergibt links deutlich positiven Gordon, rechts sind die PS-Reflexe sehr lebhaft. Links ist der Babinski positiv. Es besteht eine Facialisparese rechts. Ein Tremor ist nicht vorhanden. Die Pupillen reagieren bds., Bauchdecken- und Cornealreflexe sind positiv. Der Gang des Kindes ist etwas spastisch-ataktisch, besonders rechts. Die Umfangmessung der Extremitäten ergab:

	rechts	links
Oberarm	15 cm	15,5 cm
Unterarm	13,5 „	10 „
Oberschenkel	27 „	21 „
Wade	19 „	22 „

Der Krankheitsverlauf spricht am ehesten für eine Encephalitis epidemica oder eine Polioencephalitis.

Im 2. Lebensjahr, Mitte 1917, trat bei dem Sohn eines Beamten plötzlich ein Krampfanfall auf von etwa 5 Minuten Dauer: Zuckungen im Gesicht und an den Händen, danach Schlaf. Das Kind hatte 14 Tage gehäuft Krämpfe. Es konnte danach weder stehen, gehen, noch essen. Die Lähmung ging nach Aufhören der Anfälle zurück. Der Knabe konnte wieder etwas sprechen. Nach 3 Wochen traten erneut Krämpfe auf. Deshalb wurde er in die Klinik gebracht. Dort stellte man erhöhten Liquordruck fest, einen links positiven Babinski und leichten Fußklonus und einen leichten Hydrocephalus internus. Anfangs zeigte die Fieberkurve 39°. Anfälle sah man auch: das Kind wühlte den Kopf in die Kissen. Es zuckte an Gesicht und Händen. Die Pupillen reagierten nicht. Der Kranke zeigte kein Interesse für die Umgebung. Die Intelligenz schien nicht gestört zu sein. „Epileptiforme Anfälle“ hieß die Diagnose.

Das Kind starb mit 10 Jahren an einer Gehirnentzündung. Es hatte manchmal am Tag 40mal Anfälle und war linksseitig gelähmt. Körperlich und geistig war es immer mehr zurückgegangen.

Der Patient scheint noch im akuten Stadium einer Encephalitis im Krankenhaus gewesen zu sein. Die linksseitige Lähmung, die später manifest geworden ist, deutet auf einen Prozeß hin, der vor allen Dingen in der rechten Hirnhälfte lokalisiert gewesen ist.

Wir kommen nun zu einem Fall, der in seiner Genese unklar bleibt.

Ein 3 Monate alter Säugling, Brustkind, bekommt seit 2 Monaten bei jeder Nahrungsaufnahme Krämpfe. Es hat Durchfall dabei; dieser ist seit 8 Tagen besser, dafür treten die Anfälle umso häufiger auf. Die Untersuchung, auch mehrfache Lumbalpunktionen, ergaben nichts, was sie klären könnte. Das Kind fixierte nicht, reagierte aber auf Lichteindrücke. Man beobachtete tonisch-klonische Krämpfe der oberen und unteren Extremitäten. Nach einigen Monaten brachte man das Kind wieder in die Klinik. Das Kind war dick geworden. Die Krämpfe bestanden weiter. Nach meiner Ermittlung ist der Patient kurz darauf gestorben. Man vermutete Encephalitis als Ursache der Krämpfe. Die Nachfrage trug nichts Wesentliches zur Klärung bei.

Man weiß, daß es eine Encephalitis nach Schutzpockenimpfung gibt, die höchstwahrscheinlich nach den neuesten Ergebnissen der Forschung durch das spez. Virus erzeugt wird. Gerade die hiesige Klinik hat durch eingehende Untersuchungen und Zusammenstellung der in den letzten Jahren eingelieferten Fälle besonders zur Klärung dieser Fragen beigetragen. Beim Durchsuchen der Krankengeschichten fällt ein weiter zurückliegender Fall vom Jahrgang 1922 auf.

Bemerkenswert vielleicht für eine gewisse nervöse Disposition des Kindes ist, daß der Vater angibt, er werde durch den Mond gestört, habe z. B. dann im Kriege nicht zielen können. Das Mädchen wurde am 12. 1. 1922 geboren und im November desselben Jahres geimpft. 6 Tage später trat ein Krampfanfall auf. Der hinzugezogene Arzt erklärte die Vaccination als Ursache desselben. Im Januar 1925 wurde das Kind in das Krankenhaus gebracht. Seit einem Jahr bestanden nämlich blitzartige, sekundendauernde Anfälle von Abwesenheit. Im Juli 1924 wurde das Mädchen zum ersten Mal bewußtlos und hatte 5 Minuten Krämpfe. Seitdem wechseln diese mit den Blitzanfällen ab. In der Klinik beobachtete man eine kurzdauernde krampfartige Zuckung „das Kind klappte zusammen wie ein Taschenmesser". Sonst war es ganz gesund. Petit Mal, Encephalitis als wahrscheinliche Ursache, diagnostizierte man.

Vom 17. 3. bis 8. 11. 1927 war die Patientin in der Heil- und Pflegeanstalt Grafenberg. Bei der körperlichen Untersuchung fand man nur, daß der rechte Mundfacialis eine Spur in der Innervation zurückblieb, und daß Bindehaut- und Würgereflexe fehlten. Die geistige Regsamkeit des Kindes war dem Alter entsprechend. Psychisch gab es sich manchmal unauffällig, manchmal sehr zutraulich oder auch ausgelassen und ungezogen. Man beobachtete sowohl große

Anfälle als auch „Anstöße". Ein beschriebener Krampfanfall: Die Patientin richtete sich im Schlafe auf, der Körper zuckte, besonders der rechte Arm und das rechte Bein. Das Gesicht war blaß, Schaum stand vor dem Mund. Das Kind atmete tief, es bekam wieder normales Aussehen und schlief weiter. Bei einem kleinen Anfall ging unwillkürlich Urin ab. Man kam zur Überzeugung, daß es sich um den Folgezustand einer durchgemachten Polioencephalitis handele.

Am 30. 12. 32 kam das jetzt 10jährige Mädchen zur Nachuntersuchung in die Kinderklinik. Die Eltern geben an, daß kurz nach dem Aufenthalt in Grafenberg der Zustand der Patientin sich so verschlimmerte, daß sie weder gehen, stehen, noch sprechen konnte. Dabei bestand starker Speichelfluß. Bis 27 Anfälle machte sie in einer Nacht durch. Nach 14 Tagen trat auffallende Besserung ein. 1929 kam das Kind nach Haselünne zu den Ursulinen. In Handfertigkeit leistete es sehr Gutes. Rechnen und Deutsch fielen ihm schwerer. Das Kind ist gutartig und folgsam. Die Anfälle verschlimmerten sich ständig, bis 1932 zum ersten Mal ein richtiger epileptischer Anfall mit Bewußtlosigkeit auftrat. Schaum vor dem Mund, Einnässen, Zungenbiß und stundenlang folgender Schlaf.

Die Nachuntersuchung in der Klinik ergibt, daß das Mädchen groß ist und sich in gutem Ernährungszustand befindet. Mammae sind stark entwickelt. Das Gesicht ist maskenartig. Es ist keine Gangstörung zu bemerken. An der Wange sieht man einen blauen Flecken, von einem Fall herrührend. Pathologische Reflexe sind nicht vorhanden. Die Pupillen reagieren prompt. Der Urin zeigt leichte Trübung, im Sediment finden sich vereinzelt Epithelien und Bakterien. Das Kind erhält salzfreie Kost.

Die Schilderung zeigt das trostlose Bild der chronisch gewordenen Encephalitis mit ihrer stetig fortschreitenden Verschlimmerung.

Unter den zur Nachuntersuchung gekommenen Patienten ließ sich in 19 Fällen, bei denen schon die klinische Beobachtung meistens keinen sicheren Anhaltspunkt für Epilepsie gewinnen konnte, Epilepsie sicher ausschließen. Im kurzen Auszug seien sie hier erwähnt.

Einer davon, ein Knabe, der vor der Einlieferung in die Klinik einen zweimaligen Anfall gehabt hatte mit Bettnässen, Schaum vor dem Mund und Bewußtlosigkeit, scheint noch im Nachstadium der akuten Encephalitis in der Klinik gewesen zu sein. Dort schloß man damals die Möglichkeit epileptiformer Anfälle nicht aus. Bei der Nachuntersuchung ergab sich, daß bei dem sonst gesunden Manne „Krämpfe nicht mehr aufgetreten sind, daß aber manchmal in seinem Gang und seiner Sprache einige Hemmungen zu bemerken sind", die der Vater ausdrücklich auf die damalige Krankheit zurückführt.

Eine zweite Patientin, die 6 Wochen nach Masern Anfang 1923 mit akuter Gehirnentzündung eingeliefert wurde, starb bald darauf. In der Klinik diagnostizierte man Halbseitenkrämpfe mit halbseitiger spastischer Parese.

Bei einem Säugling traten Initialkrämpfe bei einer Rhinitis auf. Die Eltern waren 9 Tage vorher an einer Grippe erkrankt. Der jetzt 24jährige Patient, der sich einer guten körperlichen und geistigen Gesundheit erfreut, hat nie wieder Krämpfe gehabt.

Eine Patientin machte eine sichere Spasmophilie durch, die sich im 3. Lebensjahr verlor. Die Klinik hatte irrtümlich Epilepsie diagnostiziert, konnte aber nach einem Jahr auf Grund einer Nachfrage die Diagnose fallen lassen. Es folgt die kurze Beschreibung: Der jetzt 23jährige Patient, dessen Vater eine Lues gehabt haben soll, erkrankte im 7.—8. Lebensmonat im September an Krämpfen: Zuckungen an Mund, Augen und Armen. Keine Bewußtlosigkeit! In der Klinik wurde positives Facialisphänomen festgestellt.

Es folgen 2 Fälle von Spättetanie:

Der eine Kranke litt vom 5.—13. Lebensjahr an etwa 14tägig auftretenden Krämpfen mit Bewußtlosigkeit ohne Fieber. In der Klinik stellte man außer positivem Facialisphänomen und Erbrechen nichts Krankhaftes fest. Im Alter von 13 Jahren verloren sich die Anfälle. Der damalige Patient ist körperlich und geistig gesund (macht Ostern sein Abitur).

Beim letzten Fall traten im 8. Lebensmonat, im Februar, am Tage öfters Zuckungen auf. Diese wiederholten sich einige Mal. In die Klinik kam der Knabe mit 3 Jahren mit allgemeinen Convulsionen, Zuckungen an den Händen, Cheyne-Stoke'-Atmen, Bewußtlosigkeit, Temperatur 38,5°! Man konnte wegen zu früher Wegnahme aus dem Krankenhaus die Beobachtung nicht abschließen. Bis zum 8. Lebensjahr wiederholten sich die Anfälle immer seltener. Seitdem ist der Knabe körperlich und geistig gesund.

Bei den restlichen 11 Fällen wurden Krämpfe neuropathischen Ursprungs meist schon in der Klinik angenommen. Der Vollständigkeit halber seien auch sie noch kurz angeführt.

Es befinden sich darunter 2 Mädchen mit „vasomotorischen Ohnmachten", wie sie Gött bei vasolabilen Kindern vorkommend beschreibt.

Ein weiterer Patient, ein Säugling, wurde in die Klinik gebracht, weil „er beim Trinken öfters die Augen verdrehe". Das Kind erlitt in der Klinik einen allgemeinen Krampfanfall mit erhöhtem Liquordruck. Die Krämpfe wiederholten sich nie, die Mutter weiß garnichts davon. Vielleicht litt das Kind an den harmlosen von

Gött beschriebenen Stäupchen „gutartige, kleine, nervöse Anfälle beim Trinken der Säuglinge, durchaus harmloser Natur". Der Krampfzustand in der Klinik ließ sich nicht erklären. Für Spasmophilie fand man keinen Anhaltspunkt.

Weiterhin ist ein 13jähriger neuropathischer Schüler mit Anfällen nach schwerer Arbeit (Übelsein, Erbrechen, Bewußtlosigkeit) zu verzeichnen. Die Anfälle sind nach dem 14. Lebensjahr nicht mehr aufgetreten. Der Patient ist jetzt Schlosser und körperlich und geistig gesund.

Eine Patientin litt an neuropathischen Schreikrämpfen, wie die Klinik sie diagnostizierte.

2 weitere Patienten verloren die nur anamnestisch und zwar unklar angegebenen Anfälle mit dem Aufenthalt in der Klinik, wo sie nichts Auffälliges mehr boten.

Bei den Kindern unter 16 Jahren litten aller Wahrscheinlichkeit nach 4 an Neuropathie. 2 von diesen sollen immer noch nervös und körperlich schwächlich sein, was von den Eltern ausdrücklich angegeben wird. Die beiden anderen Patienten befinden sich körperlich wohl. Die geistige Entwicklung ist bei allen 4 Patienten gut. Anfälle bestehen nicht mehr. Sie verloren sich bei drei von diesen Kindern mit dem Aufenthalt in der Klinik.

Zusammenfassung der genuinen Epilepsie.

Ich fasse kurz die Ergebnisse zusammen. Danach leiden aller Wahrscheinlichkeit nach 22 von 59 Patienten an genuiner Epilepsie. Fraglich ist es bei 3 weiteren Patienten.

Von den Kindern, die an Epilepsie erkrankt sind, sind 13 männlichen und 12 weiblichen Geschlechts.

Es erkrankten:

im	1.	Lebensjahr	4,	davon	leben	1 Kind(er)
„	2.	„	4,	„	„	4 „
„	3.	„	3,	„	„	2 „
„	4.	„	1,	„	„	1 „
„	5.	„	3,	„	„	1 „
„	6.	„	1,	„	„	0 „
„	9.	„	1,	„	„	0 „
„	10.	„	2,	„	„	2 „
„	11.—15.	„	6,	„	„	5 „

Im ganzen sind 9 Patienten gestorben. Bei 4 Kindern ist die Todesursache unbekannt. 3 Kinder starben im Anfall, ein Patient nach Trepanation, 1 Kind an Masern, Nieren- und Lungenentzündung.

3 der lebenden Kinder sind in einer Anstalt untergebracht. Man gewinnt den Eindruck, daß bei Kindern die Krankheit besonders rasch und heftig verläuft. Bei den meisten bestehen typisch epileptische Anfälle, daneben bei einzelnen Petit-Mal-artige Epilepsie-Äquivalente. Bei einigen Patienten geht dem Anfall eine Aura voran. Bei allen Kranken treten die Krämpfe ziemlich häufig auf, bei mehreren 1—2—3mal wöchentlich. Bei anderen bestehen monatliche Intervalle. Gewöhnlich kommen dann einige Tage mit gehäuften Anfällen. 1 Patient hat 4—6mal im Jahre Anfälle. Ein Knabe hat sie im 10. Lebensjahr 4mal gehabt. Es trat dann eine Pause von 7 Jahren ein. Nach heftiger Grippe setzte 1932 wieder ein Anfall ein. Der Patient ist Obersekundaner. Er lernt gut und weiß nichts von seiner Krankheit.

Ein jetzt 18jähriges Mädchen, das vom 4.—7. Lebensjahr ¼stündliche Anfälle hatte, bei dem man in der Klinik Krämpfe, Aufregungszustände und eine Verblödung beobachtete, ist jetzt 11 Jahre frei von krankhaften Erscheinungen. Es hat sich seitdem die fast verlorene Sprache wieder eingestellt. Geistig ist das Mädchen immer noch zurückgeblieben. Es soll ein besseres Gedächtnis haben als andere Menschen?

Geistig zurückgeblieben sind nach meiner Anfrage 9 Patienten. 5 sind normal resp. gut begabt. Bei 6 weiteren Kindern wurden in der Klinik schon Intelligenzdefekte festgestellt. Von den übrigen konnte ich diesbezüglich nichts erfahren. Über evtl. psychische Veränderungen kann man nur berichten, daß ein Kind bei der Beobachtung leicht reizbar war und mit Wutausbrüchen reagierte.

Die übliche Reflexprüfungen brachten folgende Ergebnisse: Bei 7 Patienten sind lebhafte Sehnenreflexe verzeichnet. Bei 3 Kindern war der Facialis- und Peroneusreflex auszulösen. Bei einem Kranken war bei der Entlassung der Babinski negativ, während er vorher als positiv angesehen war. 1 Patient zeigte positiven Romberg. Ein Kind wurde im Anfall untersucht. Der Babinski war rechts negativ, links positiv. Bei der Nachprüfung 1932 in der Klinik war kein pathologischer Befund zu erheben. Über irgendein Trauma oder eine stattgehabte Entzündung konnte man bei allen diesen Patienten nichts erfahren. Auch bei dem folgenden Kranken nicht: Er wurde kurz nach einem Anfall untersucht und hatte gesteigerte PS-Reflexe und leichten Fußklonus bds. und Intentionstremor. Bei der 2. damaligen Prüfung bestand nur leichter Fußklonus. Dieser Kranke soll lt. Antwortschreiben normal entwickelt sein.

Erbliche Belastung stellte sich bei 9 von 22 Kindern heraus. Ich zähle kurz auf:

a) Ein Geschwister des Kindes starb mit 6 Monaten an Krämpfen. Der Vater ist nervenleidend.

b) Beide Eltern trinken.

c) Eine Schwester der Mutter ist schwach begabt, sie starb in einer Anstalt.

d) Vater ist nervös (nervöse Magenbeschwerden).

e) Die Mutter ist nervös, eine Schwester der Mutter ist an „innerlichen" Krämpfen gestorben.

f) Eine Schwester des Vaters leidet an Krämpfen.

g) Großvater vtls. und eine Tante der Mutter waren Epileptiker.

h) Onkel mütterlicherseits hatte als Kind jahrelang epileptische Anfälle.

i) Es ist von Interesse, auf den folgenden Fall, der erblich besonders belastet ist, näher einzugehen.

Es ist der Sohn eines Kutschers, dessen sämtliche 15 Geschwister an Krämpfen gelitten haben. Der Vater selbst soll nach Aussagen der Frau sehr nervös sein und auch schon zweimal um sich geschlagen haben. Der Bruder des Kindes hat ebenfalls Krämpfe und ist geistig zurückgeblieben. Im 4. Lebensjahre traten bei dem Knaben Krämpfe auf mit Bewußtlosigkeit, Einnässen. Hinterher fühlte das Kind sich sehr abgeschlagen. Das Kind soll auch schon mal von einem Krampf in den andern gefallen sein. In der Klinik beobachtete man 1927 bei dem geistig aufgeweckten Knaben zweimal täglich einen Anfall. Er fiel im Bett zurück, wurde cyanotisch, krampfte an Armen und Beinen unter Spitzfußstellung. Schaum trat vor den Mund. Das Kind reagierte nicht auf Anruf und war hinterher schläfrig. Im Liquor zeigte sich geringe Zellvermehrung. Links war ein leichter Fußklonus auszulösen. Das jetzt 10jährige Kind ist in einer Anstalt untergebracht, weil die Krämpfe sich dauernd wiederholten.

Über besondere Wirksamkeit irgendeiner Therapie und über eventuelle Heilungsmöglichkeit ist auf Grund dieser Arbeit nichts Sicheres zu berichten.

Zusammenfassend zu den Kranken mit *traumatischer Epilepsie:*

Es sind 16 Kinder.

1 Sonderfall (Narkose als Ursache der Epilepsie?) ist jetzt 21 Jahre und 5 Jahre anfallsfrei.

1 Patient mit Jacksonscher Epilepsie, der mit 18 Jahren starb.

1 Mädchen mit epileptiformen Anfällen nach Masernencephalitis, welches mit 18 Jahren starb.

3 ungeklärte Krankheitsbilder.

2 Kinder, die im 5. resp. 11. Lebensjahre an den Folgen einer Encephalitis starben.

5 Kinder, die an Krämpfen und Lähmungen infolge Geburtstraumas leiden (2 davon sind gestorben).

2 Kinder, deren Krampfzustände auf eine Polioencephalitis zurückzuführen sind; eines davon starb mit 10 Jahren.

1 Kind, das an den Folgen von Impfencephalitis leidet.

Es folgen 19 kurz angeführte Krankheitsberichte. Bei diesen Patienten ist Epilepsie sicher auszuschließen:

1 Patient, der mit akuter Encephalitis,

1 Patient, der mit Encephalitis nach Masern eingeliefert wurde.

1 Kind, das mit Initialkrämpfen bei Rhinitis eingeliefert wurde und nie wieder Krämpfe hatte.

1 Kind, das an Spasmophilie,

2 Patienten, die an Spättetanie litten.

11 Patienten, bei denen die klinische Diagnose Neuropathie sicher gestellt werden konnte.

Im ganzen wurde sichere genuine Epilepsie bei 22 von 59 Patienten festgestellt, während bei den anderen Patienten andere Krankheitsursachen sich herausstellten.

Zum Schluß möchte ich Herrn Prof. Dr. Eckstein für die Überlassung des Themas und seine liebenswürdige Unterstützung bei der Anfertigung dieser Arbeit meinen verbindlichsten Dank aussprechen.

Lebenslauf.

Ich, Johanna W o l t e r s , Tochter des Kaufmanns Heinrich Wolters und seiner Ehefrau Ottilie geb. Elperting, wurde am 8. I. 1909 zu Stadtlohn i. Westf. geboren. Das Zeugnis der Reife erhielt ich Ostern 1928 am Oberlyzeum der Ursulinen zu Erfurt. Ende Juli 1931 bestand ich an der Universität Münster die ärztliche Vorprüfung. Nach Studiensemestern in Berlin, Wien, Leipzig, bestand ich am 11. Dezember 1933 zu Düsseldorf das Medizinische Staatsexamen.

Literatur.

I. Pfaundler-Schlossmann: Handb. d. Kinderheilkunde, Leipzig, Verlag Vogel, 1923, 5. Aufl.

a) Band 2.

von Groer u. von Pirquet: Masern.

b) Band 4.

Ibrahim: Organische Erkrankungen des Nervensystems.

II. Lehrbuch von Deckwitz, Eckstein usw. Verlag Springer 1933.

III. Vogt: Die Epilepsie im Kindesalter. Verlag von S. Karger, Karlstraße 15, Berlin 1910.

IV. Zentralblatt für die gesamte Kinderheilkunde. Herausgegb. v. Finkelstein, Langstein, Pfaundler. 26. Bd., Verlag Jul. Springer, Berlin 1932.

M. G. Petermann: Epilepsie, S. 88.

V. Buhmke: Lehrbuch der Geisteskrankheiten. Verlag von J. F. Bergmann, München 1929. Kapitel: Epileptische Störungen und Krankheiten, S. 666.

VI. Kraepelin: Psychiatrie. Ein Lehrbuch für Studierende und Ärzte, S. 1125. Verl. Johann Ambrosius Barth, Leipzig 1913.